

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juin 2012

---

Présidence de M. NEU

Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre

Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Renens, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,  
avocate à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1974, travaillant en mission intérimaire auprès de l'entreprise L.\_\_\_\_\_ SA, à Crissier, était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 13 novembre 2007, l'employeur de l'assuré, la société U.\_\_\_\_\_ SA, à Lausanne, a annoncé à la CNA que K.\_\_\_\_\_ avait été victime d'un accident le 12 novembre 2007 dans l'atelier de l'usine en ces termes: "Le blessé déchargeait un chariot et a fait un faux mouvement. Il s'est tordu le pied."

Après avoir consulté le service des urgences du Centre R.\_\_\_\_\_, où on lui a plâtré le pied, K.\_\_\_\_\_ a séjourné à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_ du 21 au 26 novembre 2007. Dans leur rapport de sortie du 4 décembre 2007, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Y.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont diagnostiqué une coalition sous-talienne incomplète et des troubles dégénératifs débutants de la sous-talienne cheville gauche. Ils ont ajouté que le patient était connu pour un status post-entorse de la cheville gauche et un status post-reconstruction du LCA [ligament croisé antérieur] genou droit le 5 septembre 2006.

Dans une lettre du 28 janvier 2008 adressée à la CNA, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital P.\_\_\_\_\_, a exposé que l'assuré avait subi une entorse de sa cheville gauche sur son lieu de travail le 12 novembre 2007 ayant nécessité un traitement de la coalition talo-calcanéenne et un arrêt de travail depuis cette date. Ce médecin a demandé à l'assureur de bien vouloir prendre en charge cet événement aigu suite à une lésion traumatique qui avait décompensé une lésion dégénérative préexistante. Le relais serait pris par l'assurance maladie, puisqu'il faudrait traiter la coalition sous-talienne.

Dans un rapport médical du 6 février 2008, la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital P.\_\_\_\_\_, a constaté la présence d'un hématome et d'une tuméfaction au niveau malléolaire externe et des douleurs à la palpation de l'insertion du ligament fibulotalare antérieur, ainsi que de la tête du péroné. Elle a diagnostiqué une entorse du ligament latéral externe (LLE) avec fracture de la tête du péroné gauche.

Le 8 février 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital P.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de status post entorse de la sous-talienne gauche, coalition calcanéo-talienne gauche partielle décompensée et arthrose sous-talienne post-coalition sous-talienne gauche.

Par décision du 28 mai 2008, la CNA a informé l'intéressé qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations d'assurance au motif que les faits et constatations médicales ne relevaient ni d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident. L'assuré y a fait opposition le 3 juin 2008.

Le 19 juin 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il y avait eu un épisode aigu le 12 novembre 2007, sous forme d'une entorse au travail avec un arrêt pour cause d'accident du 12 novembre 2007 au 20 janvier 2008, et un relais par l'assurance-maladie à partir du 21 janvier 2008 en raison d'une coalition sous-talienne pré-existante.

Par lettre du 16 juillet 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit au Dr D.\_\_\_\_\_ afin de savoir si le diagnostic de fracture de la tête du péroné avait été confirmé. Il a en outre relevé que l'assuré n'avait pas vraiment présenté de mécanisme d'entorse de la cheville gauche puisqu'il avait simplement ressenti un craquement sur sa face externe, sans que rien de particulier ne se soit passé, comme il l'avait expliqué au cours d'un entretien avec un inspecteur de la CNA le 17 janvier 2008.

Le 14 août 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status post arthrodèse de la sous-talienne gauche pour décompensation arthrosique de la sous-talienne sur la base d'une coalition incomplète calcanéo-talienne le 15 avril 2008. Il a proposé que son patient reprenne le travail à mi-temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008.

Le 3 septembre 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a répondu au médecin d'arrondissement de la CNA que le diagnostic de fracture du péroné n'était pas confirmé et qu'il s'agissait en réalité d'une exostose. En lisant le rapport d'audition, le médecin a effectivement noté une contradiction nette entre ce qui avait été écrit dans les rapports médicaux et les affirmations de l'assuré, mais a estimé que l'inconstance de ce dernier dans son anamnèse avait très bien pu conduire à une certaine confusion dans la prise en charge initiale et l'établissement du diagnostic. Il a ajouté que comme son patient lui avait déclaré avoir subi un mouvement de torsion sur son lieu de travail, il en avait déduit qu'il s'agissait d'une décompensation traumatique transitoire de la coalition sous-talienne.

Selon une note interne du 17 septembre 2008, le médecin d'arrondissement de la CNA a souligné que, si on parlait à plusieurs reprises d'entorse de la cheville gauche, une lésion ligamentaire n'avait jamais été démontrée.

Par décision sur opposition du 30 septembre 2008, la CNA a nié le droit aux indemnités à l'assuré en raison de l'absence d'un facteur extérieur extraordinaire et d'un facteur extérieur en relation avec l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), la question de savoir si l'intéressé présentait une des atteintes décrites audit article pouvant dès lors rester indécise.

L'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée. Dans un arrêt du 7 septembre 2009 (AA 131/08 - 37/2009), la Cour de céans a considéré que les troubles de la cheville gauche constituaient une lésion corporelle assimilée à un accident. Le recours a ainsi été admis et la décision

attaquée réformée en ce sens que la CNA était tenue de prendre en charge les frais de traitement consécutifs à l'accident du 12 novembre 2007, le dossier de la cause étant retourné à l'intimée afin qu'elle fixe l'ampleur de ses prestations.

**B.** Par courrier du 12 novembre 2009, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les frais de traitement liés à l'accident dès le 12 novembre 2007 jusqu'au 20 janvier 2008 et qu'elle verserait des indemnités journalières pour la période du 15 novembre 2007 au 20 janvier 2008 inclus. Elle a précisé qu'elle n'assumerait pas les frais, ni l'incapacité de travail liés au traitement de l'affection auquel il avait été procédé dès le 21 janvier 2008, estimant que celui-ci était sans aucun rapport avec l'accident. La CNA a rendu une décision formelle dans ce sens le 29 mars 2010, faisant siennes les conclusions de l'analyse du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2010, qui indique que l'assuré a retrouvé au 21 janvier 2008 l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine), les troubles subsistant encore devant être pris en charge par l'assurance-maladie.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a fait opposition contre la décision précitée, considérant que les divers rapports médicaux figurant au dossier, en particulier le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 19 juin 2008, ne permettaient pas d'exclure que les troubles subsistant à ce jour soient sans lien avec l'accident du 12 novembre 2007. Il a demandé à la CNA de reprendre l'instruction du dossier et de diligenter une nouvelle expertise médicale, afin de déterminer si les atteintes à sa santé étaient encore en relation de causalité naturelle, ne serait-ce que partiellement, avec cet accident.

Le 29 juin 2010, la CNA a rendu une décision rejetant l'opposition du recourant, se fondant sur les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 8 février 2008, 19 juin 2008 et 9 janvier 2009, ainsi que sur le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 25 mars 2010. La CNA a estimé que l'assuré n'avait pas amené d'éléments permettant de remettre en cause ces divers rapports,

qui, clairs et documentés, ne justifiaient pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

**C. a)** Par acte de son mandataire du 1<sup>er</sup> septembre 2010, K.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition précitée. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'une nouvelle expertise médicale soit diligentée avec mission pour l'expert de déterminer si les atteintes à la santé présentées par l'assuré sont encore en relation de causalité naturelle, ne serait-ce que partiellement, avec l'accident du 12 novembre 2007, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Le recourant fait valoir en substance que la CNA n'a pas apporté la preuve que les douleurs persistant à sa cheville gauche n'avaient pas de lien avec l'accident du 12 novembre 2007, en particulier que l'assureur-accident n'avait pas tranché le point de savoir si les atteintes à sa santé étaient encore en relation de causalité naturelle avec l'accident, les rapports médicaux des Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ n'étant à ses yeux pas suffisants pour se déterminer.

**b)** Dans sa réponse du 6 octobre 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a maintenu sa position concernant les rapports des Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ et rappelé que le Dr C.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 28 janvier 2008, avait indiqué que l'assurance-maladie prendrait le relais à partir du 21 janvier 2008.

**c)** Par lettre du 24 juin 2011, le recourant a maintenu sa position, soutenant que la frontière entre accident et maladie était difficile à tracer, que les rapports médicaux versés au dossier se contredisaient et ne tranchaient pas la question de savoir si la possible lésion dégénérative préexistante se serait de toute façon décompensée sans l'accident.

**d)** Le 1<sup>er</sup> juillet 2011, les parties ont été informées qu'il ne serait pas donné suite à la requête tendant à la mise en œuvre d'une

expertise judiciaire; le recourant a été invité à produire un rapport médical de son médecin traitant.

Le 16 janvier 2012, le recourant a informé la Cour de céans qu'il n'avait pas de certificat médical complémentaire à produire.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le maintien éventuel du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 20 janvier 2008 pour les troubles persistant après cette date. Les dossiers médicaux

n'étant à ses yeux pas suffisants pour trancher la question de la causalité entre l'accident et les troubles subsistant après le 20 janvier 2008, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_414/2011 du 2 mars 2012, consid. 3.1; TF U 64/07 du 23 janvier 2008, consid. 2; TF 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008, consid. 2.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012, consid. 3.2 et les références; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2e

éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n°80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF U\_215/97 du 23 février 1999, consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 407]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**b)** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faut d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas

être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n°79 p. 865).

**4. a)** En l'espèce, la décision sur opposition du 29 juin 2010 se réfère aux appréciations du Dr D.\_\_\_\_\_, qui retient qu'à partir du 21 janvier 2008, le cas devait être pris en charge par l'assurance-maladie. Ce praticien indiquait le 8 février 2008 qu'une arthrodeuse sous-talienne devrait être effectuée, ce qui a été fait le 15 avril 2008. Dans son rapport du 9 janvier 2009, il relevait en outre que l'arthrodèse était consolidée et envisageait une reprise du travail dans une activité adaptée dès cette date. La décision sur opposition se réfère également à l'appréciation médicale du 25 mars 2010 du Dr Q.\_\_\_\_\_, selon lequel le status quo sine aurait été atteint le 21 janvier 2008, comme le propose le Dr D.\_\_\_\_\_.

Les rapports médicaux concordants des Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, et Q.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, reposent sur des examens complets, décrivent clairement la situation médicale et aboutissent à des conclusions convaincantes et bien motivées, à savoir que le recourant a atteint le status quo sine le 21 janvier 2008 et que les troubles persistant dès cette date sont de nature malade. Ces rapports doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, en particulier du fait de leur concordance (cf. consid. 4 supra). Dès lors qu'ils sont propres à emporter la conviction, ils rendent superflue l'administration d'autres preuves et notamment la mise en œuvre d'une expertise, ce d'autant que le recourant, invité par le juge instructeur à produire un rapport de son médecin traitant qui plaiderait en sa faveur, y a expressément renoncé aux termes de l'échange des écritures.

**b)** Compte tenu de l'ensemble des éléments précités, on ne saurait considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les troubles persistant encore chez le recourant après le 20 janvier 2008 étaient encore en relation de causalité avec l'accident survenu le 12

novembre 2007. Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés.

**5.** Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à nier au recourant le droit à des prestations d'assurance au-delà du 20 janvier 2008. Partant, le recours doit être rejeté, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise complémentaire.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**6.** Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être fixée et sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) -, on observe que le premier conseil d'office du recourant, Me Diego Bischof, a déjà été indemnisé. Le second conseil d'office du recourant, Me Anne-Sylvie Dupont, a produit une liste de ses opérations rendant compte de 4 heures de travail, lesquelles peuvent être admises au tarif usuel (180 fr./heure),

débours en sus, non chiffrés, arrêtés au forfait de 100 fr., ce qui représente un montant total de 885 fr. 60, TVA comprise.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 29 juin 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 885 fr. 60 (huit cent huitante-cinq francs et soixante centimes) TVA comprise.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour K. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :